

**SEGURO DE VIDA COLECTIVO
EXAMEN MEDICO**

(Se ruega al médico dar detalles sobre estados patológicos o anormales)

Completar con	NO	SI	Observaciones
1) NOMBRE DEL PACIENTE: _____			
a) Fecha y hora del examen médico			
b) Ha tratado alguna vez al reconocido? Cuándo? Por qué?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Es usted pariente del reconocido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) IMPRESIÓN GENERAL			
a) Aspecto sano? Corresponde a su edad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Tipo consitucional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Existen malformaciones (tórax, Columna Vertebral, miembros, etc ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) TALLA Y PESO			
a) Talla (resultado de la medida)cm.	Calzado/descalzo	
b) Peso (resultado del peso)Kg.	Vestido/desnudo	
c) Perímetro del tórax			
1) En inspiración profundacm.		
2) En expiración profundacm.		
d) Circunferencia del abdomen a la altura del ombligo (de pie) cm.		
4) PIEL			
Existe		
a) Ictericia o cianosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Erupciones, úlceras, tumores, várices, edemas, cicatrices?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Aumento de tamaño de los ganglios Linfáticos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) CUELLO			
a) Existe bocio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) APARATO RESPIRATORIO			
a) El movimiento respiratorio está limitado o es asimétrico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) La percusión es anormal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) La auscultación es anormal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) La voz es ronca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) APARATO CIRCULATORIO			
a) Está agrandado el corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) El choque de la punta es anormal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Los ruidos del corazón son anormales? (intensidad, desdoblamiento de algún	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

tono, etc.)

- d) Se ausculta algún soplo? ☐ ☐ Diastólico?.....
Sistólico?.....

Cómo se propaga?

- e) Es orgánico? ☐ ☐
f) Tensión arterial medida por auscultación en posición supina (el brazo a la altura del corazón). Máx.....Min..... mmHg.

Si durante la primer medida, la presión sistólica sobrepasa 150 mm.Hg o la sistólica 90 mm.Hg. se ruega se efectúe una segunda toma al final del reconocimiento:

Resultado:...../..... mm.Hg

- g) Número de pulsaciones por minuto?/minuto.
Hay extrasístoles? ☐ ☐ Número por minuto:.....
h) El pulso de las arterias es impalpable o está debilitado? ☐ ☐

8) APARATO DIGESTIVO

- a) La lengua, la faringe y las amígdalas tienen aspecto normal? ☐ ☐
b) Faltan piezas dentarias? Existen caries? ☐ ☐
c) La palpación del abdomen revela algún estado patológico? ☐ ☐
d) Está agrandado el hígado? ☐ ☐ De cuántos traveses de dedos?.....
Consistencia?.....
e) Está agrandado el bazo? ☐ ☐ Grado?.....
Consistencia?.....
f) Hay alguna hernia? Naturaleza? ☐ ☐

9) APARATO GENITO-URINARIO

Análisis de orina Albúmina ☐ ☐ Sedimento.....
(debe ser emitida en la consulta del médico)
Glucosa ☐ ☐

Para personas de sexo masculino:

- a) Hay indicios de alguna afección de los órganos genitales (testículos, epididimo, próstata)? ☐ ☐

Para personas de sexo femenino:

- b) Hay indicios de alguna afección de los órganos genitales, algún cambio anormal de los senos, indicios de embarazo? ☐ ☐
(un examen rectal o vaginal sólo es necesario en casos especiales) ☐ ☐

10) OJOS Y APARATO AUDITIVO

- a) Hay alguna afección en los ojos? ☐ ☐
Si hubiera miopía: Es grave? ☐ ☐
b) Hay alguna afección en el sistema ☐ ☐

Auditivo?
Si hubiera sordera, capacidad auditiva. ☐ ☐

11) SISTEMA NERVIOSO

- a) Los reflejos pupilares, abdominales o rotulianos son anormales? ☐ ☐
b) Existen indicios de distonia neurovegetativa? ☐ ☐
c) Existen razones para suponer la presencia de trastornos psíquicos o neurológicos? ☐ ☐

12) ESQUELETO

- a) Hay alguna afección de los huesos, de las articulaciones o de los discos intervertebrales? ☐ ☐

13) GÉNERO DE VIDA

- a) Las ocupaciones o las costumbres del candidato pueden ser nocivas para su salud? ☐ ☐
b) Existen indicios de alcoholismo, de abuso de tabaco o de medicamentos, o de consumo de drogas? ☐ ☐

14) CONCLUSIONES

- a) Pronóstico de vida?
b) Capacidad de trabajo?

Importante: Beneficio Personas Seguras S.A., ruega al médico que se abstenga de hacer al candidato, o al agente de la operación, cualquier comentario que pudiera prejuzgar la decisión del Asegurador.

15) OBSERVACIONES ESPECIALES

.....
.....
.....

Declara haber examinado al candidato y haber contestado exactamente a las preguntas anteriores

Lugar y Fecha:.....

.....
Firma y Sello del Médico Examinador